41e Année. — N° 32 Vendredi 10 Août 1894

LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

AVIS. — *Les bureaux de la* France Médicale *sont transférés* 9, **rue des Pyramides.** *Prière de vouloir bien désormais envoyer à cette adresse tout ce qui concerne la rédaction et l'administration.*

SOMMAIRE

Clinique médicale : De l'hémiplégie dans les lésions du cœur, par P. Duroziez, 497. — **Bibliographie :** La blennorrhagie et ses complications, par le Dr E. Finger, 505. — **Revue de la presse :** Sur l'ascite chyliforme, par Verdelli, 506. — Diagnostic différentiel des lésions de la queue de cheval et du renflement lombaire, 506. — **Académie des sciences** : *Séance du 30 juillet* 1894. — Présidence de M. Lœwy. — L'emploi du bec Auer peut-il produire un empoisonnement partiel ? 507. — Sur la peste de Hong-Kong, 507. — **Académie de médecine :** *Séance du 7 août* 1894. — Présidence de M. Empis. — Sur l'abatage des bestiaux (*suite*), 507. — Sur la mortalité infantile en France, 508. — Des résultats post-opératoires de la cholécystostomie et de la cholécystentérostomie, 508. — **Session lyonnaise de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie.** — *Séances des* 2, 3, 4 *août* 1894. — Présidence de M. le Dr Dron. — De l'acnée nécrotique, 509. — Erythrodermie scarlatiniforme prémycosique chez un cancéreux, 510. — **Memento pratique :** Moyens pour faire avorter les éruptions acnéiques, 511. — Formule agréable pour administrer l'iodure de potassium, 511. — Gastralgie. Dyspepsie. Vomissements, par M. Labadie-Lagrave, 511. — Administration du phosphore aux rachitiques, 511. — Collodion salicylé contre le lupus, 511. — **Nouvelles**, 511. — **Feuilleton :** Le centenaire de la mort de Lavoisier. — Qui l'a envoyé à l'échafaud ? — Triste rôle de Fourcroy. — Marat et Lavoisier. — Une exposition rétrospective intéressante. — Les médecins aux dîners littéraires. — Les Sphénopogones et le Dr Pozzi. — Bourguignons et Normands. — La Pomme et la Soupe aux choux. — Le Dîner des Uns et la Société des Bénisseurs, 498.

CLINIQUE MÉDICALE

De l'hémiplégie dans les lésions du cœur (1),

Par P. Duroziez.

Le rétrécissement mitral pur permet l'existence longue, mais il expose à l'hémiplégie, dans quelle proportion ? Il est impossible d'établir la statistique vraie; nous n'avons pas la prétention de connaître tous les cas et de ne jamais nous tromper. La fréquence est assez grande pour qu'on tienne compte de l'hémiplégie.

Nous éliminons d'abord les cas où, dans les antécédents, nous trouvons le rhumatisme articulaire.

L'hémiplégie n'existe guère qu'à partir de 25 ans. Avant 25 ans, nous notons la syncope, les troubles cérébraux variés, qu'il est difficile de rapporter à l'embolie. La récidive est rare (5 cas sur 46), la guérison l'est moins. L'hémiplégie, comme le rétrécissement mitral pur, est rare chez l'homme; sur 47 cas, nous trouvons 4 hommes.

Il manque peut-être à nos observations les hémiplégies qui ont guéri et dont les malades ne nous ont pas parlé. Nous avions l'attention attirée par les paralysies persistantes que nous voyions, datant de quelques jours ou de quelques années.

L'aphasie disparaît d'abord, ayant duré quelques jours, ou laisse derrière elle parfois un peu de gêne de la parole, plus rarement reste complète. On l'observe quelquefois avec l'hémiplégie gauche. La paralysie de la jambe disparaît ensuite, sans gêne aucune? C'est rare. Les malades peuvent marcher et sont contents. La paralysie du bras persiste avec rétraction des doigts. Les formes varient. C'est une lésion grave.

Il faudrait mettre en ligne les autres accidents nerveux, paraplégie, épilepsie, asphyxie locale symétrique des extrémités (3 cas) et les embolies de tous les autres organes pour lesquels nous n'avons pas, pendant la vie, les renseignements à peu près précis, fournis par l'hémiplégie.

Dans l'hémiplégie du rétrécissement mitral, c'est toujours la même netteté; l'attaque subite laisse l'intelligence saine, varie comme persistance des paralysies et d'habitude, ne tue pas.

Stokes a insisté sur les attaques si fréquentes d'apoplexie et de fausse apoplexie dans la *dégénérescence du cœur*. « Cette apoplexie diffère de l'apoplexie sanguine ordinaire, par la répétition fréquente des attaques et la rareté de la paralysie consécutive. Dans quelques cas, cela ressemble à la syncope. Au début, c'est plus de la syncope, à la fin, c'est plus de l'apoplexie. L'attaque peut survenir sans avertissement et être du premier coup fatale : c'est rare. »

L'attaque de la dégénérescence graisseuse diffère en tout de l'attaque mitrale.

Si nous éliminons de notre rétrécissement mitral pur, tous les cas où paraît le rhumatisme articulaire aigu dans les antécédents, voici ceux qui restent, dont nous ne pouvons donner les détails sans exposer notre travail à trop de longueur.

I. — A..., femme de 25 ans, hémiplégie droite.

(1) Communication à la Société de médecine de Paris, séance du 28 juillet 1894.

II. — C. A..., 27 ans. Il y a huit mois, hémiplégie droite avec aphasie pendant cinq jours; elle marchait au bout de deux jours. Deuxième attaque il y a quinze jours, à droite, avec gêne de la prononciation; encore de la faiblesse du bras.

III. — H..., homme de 25 ans, n'a jamais pu courir, n'a jamais été malade. Il y a onze mois, hémiplégie droite; aphasique trois mois; la marche est encore gênée, le bras droit est inerte.

IV. — V..., femme de 29 ans. A 25 ans, hémiplégie *gauche*. La parole est libre, la jambe est libre, le bras gauche reste paralysé.

V. — P..., femme de 29 ans. A 24 ans, aphasie pendant dix minutes. Rien aux membres.

VI. — C..., femme de 30 ans. Hémiplégie droite et aphasie depuis dix-huit mois. Gangrène de la jambe gauche. Autopsie. Cavité au niveau de l'insula et de la 3e circonvolution frontale gauche. Lobe moyen gauche atrophié. Partie gauche de la protubérance atrophiée.

VII. — R..., 31 ans, bijoutière à son attaque d'hémiplégie droite et d'aphasie, le 3 janvier, enceinte de cinq mois. Le 27 février, elle est dans le même état.

VIII. — N..., 31 ans, femme de chambre. A 26 ans, étant enceinte de cinq mois, hémiplégie droite et aphasie. Aujourd'hui, elle parle presque bien; traîne la jambe; la main est rétractée.

IX. — C..., femme de 32 ans. Hémiplégie (nous n'avons pas indiqué le côté).

X. — H..., 32 ans, employée. Il y a trois ans, elle a eu de l'hémiplégie droite avec aphasie pendant quatre jours; un mois après, elle se faisait comprendre, mais était encore paralysée des membres. Nous la retrouvons guérie de son hémiplégie.

XI. — V..., 34 ans, journalière. A 30 ans pendant une grossesse, hémiplégie *gauche*.

XII. — J..., 34 ans, blanchisseuse. Hémiplégie *gauche*. Parole empâtée. Jambe gauche encore un peu faible. Bras gauche paralysé.

XIII. — B..., 35 ans, blanchisseuse. Hémiplégie droite, la main seule est encore gênée.

XIV. — T..., 35, couturière. A 31 ans, paralysie du bras et de la jambe *gauche*; un peu d'aphasie pendant huit jours. Il reste un peu de gêne dans le bras et la jambe.

XV. — L..., 35 ans, journalier. Hémiplégie *gauche* il y a quatre mois.

XVI. — C..., 36 ans, fleuriste. A 33 ans, hémiplégie droite avec aphasie. Elle parle encore mal, a la main contracturée, marche bien. — Six mois plus tard, elle parle encore mal, a la parole empâtée; on la comprend difficilement. Elle serre bien, mais marche encore mal.

XVII. — M..., 37 ans, peintre. Il y a deux mois hémiplégie à droite. Il reste de l'engourdissement de la main.

XVIII. — X..., 38 ans, femme. Hémiplégie *gauche*. Elle parle bien.

XIX. — L..., femme. Entérite. Aphasie passagère.

XX. — M..., 39 ans, lingère. Il y a trois mois hémiplégie droite pendant le sommeil, et aphasie. Elle parle encore mal, je finis par la comprendre.

XXI. — J..., 40 ans, couturière. A 39 ans, elle reste sans connaissance pendant cinq jours; hémiplégie droite, aphasie qui persistent.

XXII. — J..., 42 ans, blanchisseuse. Hémiplégie droite et aphasie il y a huit jours. Sept mois plus tard, elle peut prononcer quelques mots, marche en poussant une chaise, bras inerte. Trois mois plus tard, l'aphasie persiste.

XXIII. — P..., 43 ans, ménagère. Hémiplégie *gau-*

FEUILLETON

Le centenaire de la mort de Lavoisier. — Qui l'a envoyé à l'échafaud? — Triste rôle de Fourcroy. — Marat et Lavoisier. — Une exposition rétrospective intéressante. — Les médecins aux dîners littéraires. — Les Sphénopogones et le Dr Pozzi. — Bourguignons et Normands. — La Pomme et la Soupe aux choux. — Le Dîner des Uns et la Société des Bénisseurs.

Elle fait partie de notre bagage classique cette phrase, devenue banale à force d'être répétée :

« La France est assez riche pour payer ses gloires ». Passe encore pour les gloires politiques qui, de tout temps, ont eu un budget de réserve. Mais pour les gloires littéraires, et surtout pour les illustrations scientifiques, l'initiative privée a encore toute latitude de s'exercer. Alors qu'à l'étranger on a fêté solennellement le centenaire de la mort du chimiste Lavoisier, nous, ses compatriotes, nous l'avons laissé passé sans crier gare. Heureusement, un de ses admirateurs veillait. M. Ed. Grimaux, à qui l'on doit la biographie la plus consciencieusement documentée de l'immortel savant, est venu rappeler à l'Institut que Lavoisier était mort le 8 mai 1794, et qu'il convenait à la France de s'en souvenir. L'Académie a tout aussitôt chargé une commission de s'occuper d'élever une statue au créateur de la chimie moderne. A cela nous ne trouvons rien à objecter. Lavoisier a des titres incontestables à la statufication. On honorera ainsi le chimiste, le physiologiste, le savant, pour tout dire d'un mot. Ce Lavoisier, vous le connaissez tous, et il serait superflu de disserter sur ce qui est de publique notoriété. Mais Lavoisier a été envoyé à l'échafaud non pas « parce que la République n'avait pas besoin de savants » selon un mot, devenu historique parce qu'il n'a jamais été prononcé (1), ou du moins qu'il ne l'a pas été sous cette forme lapidaire, mais parce qu'il était fermier général, et comme tel, accusé d'avoir dilapidé la fortune publique. L'accusation était-elle ou non justifiée? Nous étant interdit toute discussion politique, nous ne dirons rien de plus. Mais enfin, il y a une légende qui a cours à ce sujet, et que nous avons à cœur de ne pas

(1) V. *Lavoisier*, par Ed. Grimaux, p. 376.

à 38 ans ; elle traîne encore la jambe ; les doigts iches sont rétractés.

XIV. — D..., 44 ans, femme. Hémiplégie droite et asie le 14 juillet. Elle meurt le 2 août. Rétrécisnent mitral et ramollissement cérébral. Le mouvent s'était rétabli dans la jambe droite. Nous ne l'as vue que le jour de la mort. On nous contestait rétrécissement mitral.

XXV. — B..., 45 ans, bijoutière. *Hémiplégie gauche* 14 ans. A 45 ans *hémiplégie droite*. Huit jours après, e remue la jambe droite, nullement le bras, elle rre pourtant de la main gauche. Elle parle avec ne.

XXVI. — P..., 45 ans, domestique, femme. Il y a un ois, hémiplégie droite et aphasie, pendant la nuit n'a s été réveillée. Le matin on l'a trouvée ne pouvant s bouger, ayant l'intelligence. Le serrurier a ouvert. phasie 4 ou 5 jours, jambe droite rétablie, la main oite serre encore mal.

XXVII. — E..., 46 ans, couturière. A 16 ans, hémiplégie droite avec aphasie. Encore un peu de raideur de la marche. Elle boite un peu.

XXVIII. — B..., 47 ans, blanchisseuse. Hémiplégie oite avec aphasie il y a quatre mois.

XXIX. — C..., 49 ans. A 45 ans, *première hémiplégie uche*, quarante-huit heures sans parler. A 48 ans, *conde hémiplégie gauche*, sans aphasie. A 49 ans, parle ien, marche mal, main gauche encore raide.

XXX. — N..., 49 ans, femme de ménage. A 45 ans, *émiplégie droite*. A 47 ans, *hémiplégie gauche*.

XXXI. — F..., 50 ans, domestique, femme. A 49 ans, émiplégie droite. A 50 ans, l'aphasie persiste ainsi que hémiplégie jusqu'à la mort. Je ne vois pas l'autopsie.

XXXII. — I..., 52 ans, lingère. A 48 ans, hémiplégie *gauche* et aphasie ; l'aphasie a duré deux jours ; la paralysie brachiale est encore complète, la jambe traîne. A 52 ans le bras est encore paralysé ; elle marche avec une canne.

XXXIII. — Femme de 54 ans. Hémiplégie droite, il y a huit jours, la parole est empâtée.

XXXIV. — D..., 54 ans, domestique, homme. Hémiplégie *gauche*.

XXXV. — B..., 55 ans, femme. A 44 ans, hémiplégie droite. Parle encore mal.

XXXVI. — L..., 56 ans, peintre de lettres. A 38 ans, hémiplégie *gauche* qui a disparu onze mois après.

XXXVII. — M..., Joséphine, 35 ans. Hémianesthésie *gauche*.

XXXVIII. — L..., Louise, 34 ans, hémiplégie *gauche*.

XXXIX. — W. M..., 35 ans, hémiplégie *gauche*.

XL. — D. M..., 33 ans. A 33 ans, hémiplégie *gauche* suivie de mort. Autopsie.

XLI. — Femme de 37 ans. Hémiplégie droite et aphasie à 11 ans.

XLII. — N..., Caroline, 43 ans. Hémiplégie *gauche* à 43 ans.

XLIII. — P..., Victorine, 48 ans. Hémiplégie *gauche* à 47 ans.

XLIV. — B... Hémiplégie droite et aphasie.

XLV. — L..., Eugénie, 40 ans 1/2. Hémiplégie *gauche* et aphasie à 38 ans ; puis hémiplégie droite et mort à 40 ans 1/2 (Bouillaud).

XLVI. — V..., Marie-Emma, 37 ans. Rétrécissement mitral et tricuspidien. Hémiplégie droite, aphasie. Embolie (Leudet).

XLVII. — Femme de 40 ans, entrée à l'Hôtel-Dieu (Trousseau et Peter) le 12 décembre 1864 et paralysée du côté *gauche* depuis deux jours. Cette femme était aphasique ; avait une affection du cœur. Elle mourut vers la fin du mois. On trouva l'artère sylvienne droite

---

aisser s'accréditer. La plupart des historiens, et M. Éd. Grimaux après eux, affirment, sans appuyer, du reste, leur témoignage d'aucune preuve, que Lavoisier fut envoyé à la mort sur la dénonciation de Marat. Marat s'était, comme on sait, occupé, avant d'aborder la carrière politique, de sciences physiques et physiologiques. Il fut même pendant plusieurs années médecin des gardes du corps du comte d'Artois. Or, Marat, au dire de M. Grimaux, aurait eu pour Lavoisier « la haine de la médiocrité envieuse ; son âme pleine de rancune, n'oubliait pas qu'en 1780, le *Journal de médecine*, ayant annoncé à tort que le *Traité du Feu* avait eu l'approbation de l'Académie, Lavoisier avait démenti le fait en quelques paroles dédaigneuses. Aussi, quand il posséda l'*Ami du peuple*, tribune ouverte à toutes les dénonciations, il savoura sa vengeance avec âpreté (1) ». D'abord, relevons les erreurs : ce n'est pas le *Journal de médecine*, mais le *Journal de Paris* qui avait relaté les découvertes de Marat. Ce n'est pas Lavoisier, mais Le Roi, de l'Académie des sciences, qui envoya à ce journal la rectification dont s'agit. Maintenant arrivons à l'accusation formulée contre Marat :

(1) Grimaux, *loc. cit.*

d'avoir *préparé* la mort de Lavoisier. Lavoisier a été guillotiné dix mois après l'assassinat de Marat. On était sous le règne de la Terreur, Robespierre seul faisait loi. Pense-t-on qu'on allait fouiller dans la collection de l'*Ami du peuple*, qui avait cessé de paraître à la mort de son fondateur, pour y trouver des arguments contre ceux qu'on voulait supprimer ? On ne s'embarrassait pas de tant de précautions. Encore une fois, Lavoisier avait été arrêté en sa qualité de fermier général et la Convention ayant décrété que « ces sangsues publiques » seraient « livrées au glaive des lois », Lavoisier subit le sort commun. La vérité est qu'il fut décapité, parce que ceux-là même qui auraient pu le sauver ne s'en inquiétèrent en aucune façon : ni Monge, gêné par ses relations avec Robespierre ; ni Hassenfratz, dont Lavoisier avait soutenu la candidature à l'Académie, et qui était devenu un des membres actifs du club des Jacobins (1) » ; ni son ami Guyton de Morveau, ni surtout Fourcroy, dont le crédit était grand, et qui fut retenu par la peur, quoi qu'on ait dit pour le justifier. Le temps est proche où Lavoisier va être vengé de toutes ces défections.

(1) Grimaux, *loc. cit.*

oblitérée par un caillot avec ramollissement de la partie postérieure de la troisième circonvolution frontale droite. La troisième circonvolution frontale gauche était saine. Pas de lésion du bulbe ni des olives. Rétrécissement mitral.

XLVIII. — C..., 56 ans, femme : hémiplégie droite et aphasie à 55 ans. Autopsie. Bouillaud. Sigmoïdes indurées, suffisantes?

Les 10 derniers cas appartiennent à la littérature, soit étrangère, soit nationale; nous ne les avons pas vus ; nous ne pouvons pas mettre en face les cas de rétrécissement non accompagnés d'hémiplégie. Ils ne sont mis là que pour établir la relation entre les hémiplégies droites et les gauches. Nous n'avons pas dans nos recherches, choisi les hémiplégies gauches qui se trouvent dans ces 10 cas plus nombreuses, 7 contre 5.

Nous n'établissons le rapport des hémiplégies au rétrécissement mitral que sur les cas où nous avons à peu près les deux éléments, rétrécissements mitraux sans hémiplégie d'un côté, rétrécissements mitraux avec hémiplégie de l'autre ; et le rapport est approximatif.

Sur 270 cas de rétrécissement mitral pur sans rhumatisme dans les antécédents, il y a 37 cas d'hémiplégie, ce qui donne la proportion de 1 à 7,5.

Si nous éliminons 50 cas au-dessous de 25 cas (cas dans lesquels l'hémiplégie est rare) nous arrivons à la proportion de 1 à 6. Sur 6 individus ayant au moins 25 ans et atteints de rétrécissement mitral pur, 1 sera frappé d'hémiplégie. C'est à considérer pour conseiller ou non le mariage.

Nous ne prétendons pas donner la vérité; nous disons ce que nous avons vu, sans parti pris.

Jusqu'à 25 ans, le sang ne forme pas d'embolie si on n'admet que la théorie de l'embolie. Le rétrécissement mitral pur existe avant 25 ans. Que se passe-t-il à 25 ans? Les grossesses ont lieu avant cet âge comme après. Le nombre des cas est un peu plus grand à 25 ans qu'à 21, mais l'explication n'est pas suffisante.

L'hémiplégie droite avec aphasie est plus fréquente que l'hémiplégie gauche dans le rétrécissement mitral pur sans rhumatisme articulaire dans les antécédents, suivant la proportion de 4 à 3. Sur 48 cas d'hémiplégie dans le rétrécissement mitral pur sans rhumatisme, nous trouvons 27 cas à droite et 19 à gauche.

Chez l'homme, les cas sont rares. La femme y est exposée de 25 à 55 ans. Il n'est pas rare qu'elle soit enceinte quand elle est frappée. La grossesse est dangereuse pour la femme atteinte de rétrécissement au point de vue de l'hémiplégie.

Les règles, les épistaxis préservent les malades. Nous ne savons pas combien de femmes seront frappées parmi celles que nous avons vues indemnes. Il suffit de dire qu'elles sont menacées à chaque minute, veillant ou dormant, en marche ou au repos.

Si nous prenons les cas de *rétrécissement mitral pur avec rhumatisme articulaire aigu*, nous voyons que sur 20 cas d'hémiplégie il y en a 10 à droite et 10 à gauche, tandis que pour le rétrécissement sans rhumatisme, nous trouvons 27 à droite et 19 à gauche. De plus l'hémiplégie est plus tardive pour le rétrécissement avec rhumatisme où nous trouvons 11 cas avant 40 ans, contre 16 à partir de 40; tandis que pour le rétrécissement sans rhumatisme nous trouvons 25 cas avant 40 ans, et 20 cas à partir de 40 ans.

Dans le rétrécissement pur avec rhumatisme, sur les 6 cas avant 40 ans, 5 sont à droite et 1 à gauche.

Nous en avons recueilli 206 cas. La proportion des hémiplégies aux cas de rétrécissement serait de 1 à 10,3, moins grande que celle du rétrécissement sans rhumatisme où elle est de 1 à 6.

L'heure de la réhabilitation va sonner pour le savant, à qui l'on doit d'incomparables découvertes, qui attestent éloquemment un génie créateur que personne ne songe d'ailleurs à lui contester.

***

En attendant qu'on fasse revivre dans le marbre ou dans le bronze cette figure aux traits idéalement modelés, il ne serait pas de meilleure préface à cette glorification qu'une exposition rétrospective des « instruments et objets » ayant appartenu à Lavoisier, et cette exposition serait, on peut l'assurer d'avance, des plus attachantes. Les souvenirs laissés par l'infortuné savant ont été déjà présentés au public en 1889, à l'Exposition du travail, mais il est à croire qu'ils ont pu passer presque inaperçus dans cette vaste et multiple exhibition que fut l'Exposition du Centenaire. Si l'on en juge par la notice rédigée à cette occasion par M. Grimaux, cette collection devait être pourtant des plus précieuses. Tous les instruments, manuscrits et objets personnels, qui avaient été confisqués après la condamnation de Lavoisier, furent restitués à sa veuve en août 1796. Celle-ci, qui devint plus tard Mme de Rumford, les légua à sa nièce, Mme Léon de Chazelles Une partie des instruments fut donnée par M. de Chazelles à l'Académie des sciences, qui les a transmis au Conservatoire des Arts et Métiers où ils doivent encore se trouver. Les inventaires, faits au moment de la confiscation, avaient été effectués avec une rigueur de comptabilité telle que Mme Lavoisier put rentrer en possession de tout ce qui avait été saisi, sans exception. L'inventaire des objets de chimie avait été confié à Nicolas Leblanc, tandis que Charles et Fortin inventoriaient les instruments de physique. A l'Ecole centrale des Travaux publics on donna la collection de minéralogie. Cette École devait partager avec le Muséum le mercure et l'oxyde rouge qui avaient servi aux expériences mémorables sur la préparation de l'oxygène et l'oxydation. Douze livres de ces substances furent prélevées en faveur de l'Ecole de Chirurgie. Le Comité de Salut public s'était, pour sa part, attribué cinq corps de bibliothèque en acajou, un bureau, un secrétaire à cylindre et six fauteuils. Le Comité de l'Instruction publique prit pour lui une bonne part du mobilier restant. Mais tout fut scrupuleusement rendu plus tard à Mme Lavoisier et c'est ainsi qu'en 1889 on a pu, grâce au

ıs le rétrécissement est pur, plus l'hémiplégie est outer.

ns le *rétrécissement avec insuffisance*, 131 cas, ce mplique l'idée d'un rétrécissement moins étroit, trouvons à peine 3 cas d'hémiplégie dont 2 à gauche. oitesse joue le grand rôle. Les individus ont de 31 ans.

ns la *lésion aortique et mitrale combinée*, l'hémiplé- st rare. Sur plus de 600 cas nous ne trouvons que ıs d'hémiplégie, dont 6 chez les hommes et 9 chez emmes, 6 à gauche et 9 à droite. L'hémiplégie nence à 23 ans, est plus fréquente de 30 à 40 ans s); puis 1 cas à 42, 2 à 43 et 1 à 53. Nous notons à 13 ans. L'hémiplégie récidivante est rare, ici ne dans le rétrécissement mitral pur où nous avons vé 5 cas. Dans la série présente nous notons chez omme de 26 ans, l'hémiplégie droite à 13 ans et à ns, et chez un homme de 36 ans, l'hémiplégie droite ans et l'hémiplégie gauche quelques mois plus .

ns l'*insuffisance mitrale*, le cas suivant est excep- nel... et touche à l'hystérie.

.., fille de 16 ans 1/2, 6 septembre 1890. Elle a ord l'hémiplégie droite avec aphasie qui disparaît uelques heures et est suivie de l'hémiplégie gauche aphasie qui persiste. On ne sent ni la radiale, ni rachiale droites. Souffle d'insuffisance mitrale pas- largement en arrière.

novembre. Le souffle a diminué, ne passe plus en ère. La paralysie persiste. Absence du pouls dans rachiale et la radiale gauches.

décembre. Contracture du bras gauche. On sent ouls radial gauche ; on ne sent pas le pouls radial t. On sent la carotide et la crurale gauches. Batte- it, matité et ronflement au niveau du 2e espace gau- che. Claquements à gauche. Elle ne paraît pas malade.

19 mai 1891. Pouls radial droit presqu'insensible, à 72. Contracture de la main gauche. Un peu de ronflement à la pointe. Légère saillie des cartilages gauches.

Nous admettons l'insuffisance mitrale, nous ne savons pas pourquoi. Le cas est bizarre. Enfin, il y a de l'hémiplégie droite d'abord, gauche ensuite. Sont-ce des embolies qui ont produit le tout ? C'est possible, c'est plutôt de l'hystérie.

Autre cas d'hémiplégie droite avec aphasie et d'insuffisance mitrale possible.

L..., 40 ans, bijoutier, entre le 8 mars 1877, il a été frappé d'hémiplégie droite et d'aphasie dans la matinée, il allait travailler.

24 mars. Les accidents persistent. Souffle à la pointe au 1er temps.

10 avril. P. 52, régulier, égal. Le cœur mesure 10 sur 15, chiffre normal. Pas d'impulsion. Pas de frémissement. Ronflement sur toute la surface du cœur, plus soufflant à gauche. Il ne peut écrire le chiffre 8, écrit son nom mal, ne peut dire les voyelles, ne dit rien, mais comprend.

21 mai. Aphasie, hémiplégie droite. Pas d'apparence de maladie du cœur. Un peu de pâleur. Pas d'impulsion du cœur, ni pour l'œil, ni pour la main. Cœur 10,5 sur 15,5. Pointe un peu en dehors du mamelon. Pas de frémissement. P. 60, régulier, développé, prolongé. Carotide non battante, sans souffle. Crurale peu soufflante. Premier claquement peu éclatant partout, simple, existant dans l'aisselle, pur, se confondant avec le souffle rude. Deuxième claquement sans éclat. Souffle au 1er temps, non en jet de vapeur, s'entendant partout, dans l'aisselle gauche, à droite sans maximum. Rien à la respiration. A une seconde audition, premier claquement assez fort à droite, suivi de souffle plus fort

---

cours de la famille, organiser l'exposition qu'il serait urd'hui si intéressant de reconstituer. Nous pourrions i avoir, à côté des divers instruments de physique et chimie dont la liste serait fastidieuse : la montre de oisier, montée en émail; une montre où l'heure est quée d'après le système décimal ; un grand portefeuille maroquin, portant l'inscription : « M. Lavoisier, fermier éral ; » la médaille d'or qui lui fut décernée par l'Assem- générale des actionnaires de la Caisse d'escompte. On drait à ces reliques les manuscrits des différentes épo- s de la vie du grand homme, entre autres le journal voyage qu'il fit en 1770; les lettres adressées à son e, au chimiste Macquer; des minutes de lettres adres- à Bougainville, au maréchal de Castries ; un livret du n de 1785, chargé d'annotations de la main même de oisier (1), etc. On ferait de nouveau appel comme en , à tous les possesseurs d'autographes relatifs à la vie l'œuvre de Lavoisier. On réunirait diverses éditions es ouvrages, ses biographies, écrites tant en France qu'à anger. Il serait aussi aisé de retrouver les cuivres gravés par Mme Lavoisier, qui était elle-même une artiste de talent, pour illustrer les œuvres de son mari ; ainsi que les tableaux, pastels, dessins et estampes qui rappellent les traits de celui qu'on se propose d'immortaliser. Mais qu'avons-nous à insister ? M. Grimaux, qui s'est depuis longtemps voué à la tâche de faire revivre la mémoire de celui qui fut le précurseur des doctrines chimiques modernes, mènera à bien, nous en sommes certain, la croisade qu'il entreprend. Le triomphe est au bout de ses efforts.

***

Cette chronique n'étant qu'une revue des actualités récentes, nous ne chercherons pas à rattacher bout à bout, par des transitions artificieuses, des sujets qui hurleraient de se marier l'un à l'autre. Le hasard veut que nous ayons à parler de notre très aimable et sympathique maître, le Dr Pozzi, après Lavoisier. Le hasard rapproche deux hommes de valeur. C'est un heureux hasard, et voilà tout. Le Dr Pozzi vient, nous ne vous l'apprenons pas, d'être élevé d'un grade dans la Légion d'honneur. Nous y applaudissons de tout cœur, cela va de soi. Pour fêter cette nomination

(1) V. sur ce livret l'ouvrage de M. Grimaux, p. 378 et suiv.

dans l'aisselle gauche, s'entendant partout, peu intense.

24 juin. P. 60, régulier, calme. Cœur de volume normal. Claquements à peu près normaux. Premier claquement pur dans l'aisselle gauche. Un peu de ronflement vers le milieu du cœur. Second claquement un peu rude. Pas de bruit chlorotique. Ne peut pas faire de signe avec la tête pour dire oui ou non. Ne dit pas un mot. Je ne puis lui faire écrire son nom. Il marche passablement, est solide sur les jambes, jette la jambe droite, ne se sert pas du bras droit qui pend inerte, est bien portant.

Le cas est type pour le cerveau, l'aphasie domine. L'insuffisance mitrale peut être acceptée. Nous avons été privé de renseignements. L'hystérie pourrait être indiquée.

Nous serions embarrassé de citer un cas d'hémiplégie dans l'*insuffisance aortique pure*, *dans le rétrécissement aortique pur*. Dans le *rétrécissement avec insuffisance aortique*, nous notons deux ou trois cas vers 60 ans.

On est étonné du petit nombre de cas que l'on trouve dans les *anévrysmes*. Les caillots sont imbriqués et ne se détachent pas. Ce sont des anévrysmes miliaires qui en se déchirant produisent l'hémorrhagie.

Sur les 35 observations rapportées par Pelvet dans son beau travail des *anévrysmes du cœur*, à peine trouve-t-on un cas ou deux d'embolie cérébrale.

On rencontre l'hémiplégie embolique avec les *lésions des cavités droites*, mais quand il y a communication entre les deux cœurs, soit inter-auriculaire, soit interventriculaire, soit par transposition des artères. C'est là un point de vue auquel on ne s'est pas placé. Il n'en est pas question dans les observations que nous avons parcourues.

Louis cite dans son travail sur la communication des cavités droites avec les cavités gauches, un cas qui nous autorise à proposer cette interprétation des accidents cérébraux à laquelle il ne pouvait guère penser en 1823. Chez un maçon de 25 ans, atteint de communication interventriculaire, l'aorte naissant des deux ventricules (il le rapporte dans une note spéciale), on trouve le ramollissement avec la couleur et la consistance de la crème au chocolat. Les cavités gauches sont indemnes et les cavités droites hypertrophiées.

L'explication que nous donnons est plausible, mais nous ne pouvons pas l'imposer.

Le *poumon* est considéré comme point d'arrivée des caillots, mais non comme point de départ ; nous avons vu intriqué dans les cordes de la mitrale un caillot digne de provenance certainement pulmonaire. Un caillot était venu des veines de la jambe, avait pénétré jusqu'aux poumons et de cet infarctus s'était séparée une embolie qui s'était arrêtée dans le ventricule gauche. On avait l'illusion d'une embolie veineuse, partant de la jambe et pénétrant dans le ventricule gauche.

L'observation suivante, prise dans le Traité des maladies du cœur de Bouillaud, montre où en étaient, en 1839, le rétrécissement mitral pur et la théorie des embolies qui n'était encore, avant Virchow, que vaguement entrevue.

« L. . (Eugénie), âgée de 40 ans, délicate et lymphatique est admise à la clinique le 17 juin 1889. Elle rend un compte peu satisfaisant des antécédents de sa santé. Il y a dix-huit mois, à la sortie d'un bain, elle perd tout à coup connaissance, ne la reprit, dit-elle qu'au bout de vingt-quatre heures et resta frappée *d'hémiplégie gauche avec difficulté de parler*. Au bout de trois mois, la parole se rétablit et la paralysie diminua, sans cesser jamais complètement. En explorant le cœur nous fûmes surpris d'entendre un triple bruit dont le rythme imi

---

on a banqueté. Les élèves de l'éminent chirurgien se sont réunis autour de leur maître. Il y a eu force toasts et force speechs.

Dans ces sortes d'agapes, il y a toujours du convenu. Mais où le Dr Pozzi a dû trouver plus de cordialité c'est au *dîner des Sphénopogones*. Le dîner des sphénopogones? Que voulez-vous dire? Nous avions été comme vous curieux de savoir, mais il y a bientôt cinq ans que notre curiosité est satisfaite, et nous allons vous faire part de ce que nous avons appris d'un plus érudit que nous. Notez que nous vous donnons des renseignements à peu près inédits. Le dîner des *Sphénopogones* s'appela d'abord le dîner des *Acutriches*. Ces deux expressions ont la même signification : les hellénistes l'ont déjà deviné ; le dîner des sphénopogones ou Acutriches, c'est le dîner des *Barbes en pointe*. Cette coupe de barbe est la marque distinctive des dîneurs. Le dîner fut fondé, il y a quelques années, par Gaston Bérardi, directeur de l'*Indépendance belge*. On ne se réunit plus mensuellement comme autrefois, et on a, ce qui est plus grave, supprimé le cérémonial d'initiation de jadis. Jadis on se rendait au banquet « en robe rouge, et le front couronné de fleurs. Il y avait un cérémonial spécial, avec peintures, allégories, emblèmes, symboles, cantates, musiques et discours, lorsque venait un nouveau ou lorsqu'un ancien était l'objet d'un avancement, d'une promotion, d'un succès quelconque dans son art ou sa profession » (1). Etaient assidus à ces réunions : le colonel Lichtenstein, de la maison militaire Carnot, les musiciens Massenet et Delibes, mort depuis. Les peintres y étaient en nombre : Detaille, Berne-Bellecourt, Clairin, Duez, Gérôme, Saintin ne manquaient pas de s'y rendre. Philippe Gille, Gouzien, Frédéric Masson, y représentaient les lettres. Les Drs Albert Robin et Pozzi, l'architecte Ch. Garnier et l'architecte Escalier — qui n'avait pas la barbe en pointe — étaient parmi les convives du dernier dîner.

Il semble que les médecins se plaisent dans les réunions éclectiques. Dans la plupart des dîners, dits littéraires, vous êtes à peu près sûr de rencontrer un ou plusieurs confrères. Quand il était plus jeune et plus ingambe, Pasteur ne manquait pas de se rendre au *dîner des Gaudes* qui est le dîner des originaires de la Franche-Comté. Le Dr Monin, du *Gil Blas*, est resté un des fidèles des *Gaudes*.

(1) *Intermédiaire des chercheurs et curieux*, 1889, p. 344.

parfaitement celui du battement de rappel; les
its étaient secs, parcheminés, sans bruit de souf-
; l'étendue de la matité de la région précordiale
t normale. Point de dyspnée, d'infiltration, de pal-
tions. La malade ne se plaignait d'aucun des acci-
ts généraux qu'on rapporte à une affection organi-
du cœur.
ette femme était dans nos salles comme infirme
tôt que comme malade.
e 12 décembre, dans l'après-midi, perte subite de
naissance avec gémissements et raideur des mem-
s. A 4 heures perte de connaissance complète, vi-
e rouge, animé; aspiration plaintive, stertoreuse;
ibisme; paralysie du sentiment et des mouvements
membres droits qui sont en résolution; raideur du
s gauche avec conservation du sentiment.
e 13. Mort.
Autopsie. — Cavités droites du cœur distendues par
concrétions sanguines récentes d'un noir foncé, et
ffrant aucune lésion grave; les valvules tricuspides
pulmonaires sont bien conformées; la première un
épaissie et opaline.
einte pâle de la membrane interne de l'aorte et de
valvules. De l'eau versée dans l'aorte reflue aussi-
sans pénétrer dans le ventricule gauche qui admet
eine l'index.
'orifice aortique et ses valvules à l'état sain. La mi-
le est considérablement épaissie, fibro cartilagi-
ise, sous la forme d'un *entonnoir* dont le diamètre a
illimètres et qui reçoit à peine l'extrémité du petit
gt; sa circonférence est de 18 à 21 millimètres. L'o-
llette gauche est dilatée, épaissie et hypertrophiée
la manière la plus remarquable. L'oreillette droite
moins dilatée et plus mince. Considéré dans ses
ntricules, le cœur est petit par le peu de calibre des
cavités. La substance musculaire du cœur offre la consistance ordinaire.

L'aorte en contact avec du sang à demi coagulé dans toute la longueur n'offre aucune trace d'imbibition ou d'altération organique.

Injection générale de la surface du cerveau qui est humide de sérosité. L'hémisphère gauche, de consistance ferme et saine jusqu'à la face externe du corps strié; mais au centre du corps strié, on rencontre du ramollissement pultacé en foyer de la grosseur d'une olive, sans kyste autour. La face interne du corps strié et la couche optique n'offrent aucune altération.

Le couteau éprouve une grande résistance en coupant le corps strié droit comme s'il avait affaire à du tissu fibreux ou à la matrice. La surface de la section présente du tissu blanc un peu resplendissant, comme fibreux, tranchant, par la couleur et la consistance, avec le reste du cerveau, et offrant la disposition rayonnée. Un peu de mollesse des parties environnantes. »

C'est un exemple remarquable de rétrécissement mitral pur et hémiplégie récidivante, gauche avec aphasie, et droite.

Second exemple tiré du Traité de Bouillaud.

« C..., femme de 55 ans, est admise à la clinique de la Charité le 1er juillet 1838. Grêle, nerveuse, sujette depuis dix ans à des palpitations avec étouffements. Dans la nuit du 7 au 8 juin, hémiplégie droite avec perte ou difficulté de la parole, symptômes qui ont continué jusqu'à l'entrée.

3 juillet. Il y a trois semaines que la malade a commencé à reprendre l'usage des membres, la jambe s'étant dégagée quelques jours avant le bras dont les mouvements sont encore faibles. Expression du visage naturelle; les deux côtés de la face à peu près égaux; pupilles également dilatées; sensibilité des deux côtés

---

dîner de la Pomme groupe les natifs de la Bretagne et la Normandie. On pouvait y rencontrer naguère : les Théophile et Benjamin Anger, Bourneville, les regrettés chefontaine et Paul Colin, l'opérateur Richelot, Le Ma-et, mort depuis peu, et le secrétaire général de l'œuvre, Dr Barré, toujours plein d'amabilité et d'entrain. Les Au-rgnats ont leur *Soupe aux choux*, autour de laquelle nnent s'asseoir les Drs Aguilhon de Sarran, Chalvon, larue, etc. Disparus : le Dr Dupré, qui festoyait au *Bon ck*; Georges Pouchet, qui fréquentait à la *Macédoine*, nt le président fondateur, toujours plein de jeunesse et vie, n'est autre que le grand peintre Carolus Duran. Le ofesseur Tarnier se retrouve encore parfois au milieu de compatriotes au dîner des *Bourguignons*. Le Dr Ber-ron ne va plus, et pour cause, à l'*Arlequin* : dîneurs et ier sont défunts. Disparus aussi : le *Dîner des poëtes* (1), l'on trouvait, rapprochement étrange, le Dr Belliol, qui écrit un gros livre plein de *conseils pour les hommes affaiblis*; qui aurait cru cela des poètes? le *dîner Magny*, qui ne retentira plus des paradoxes et des boutades scientifiques de Berthelot, Ch. Robin, Claude Bernard, Gautier et Renan, etc. Claude Bernard faisait encore partie du *dîner Bixio*, qui ne réunissait que de hautes personnalités de la finance, de la littérature, de la science et de l'industrie. Le fondateur du dîner, Bixio, était un éditeur intelligent et lettré. On voyait au Bixio, à côté de Claude Bernard, l'éminent clinicien Trousseau, le Dr Henri Gueneau de Mussy, etc. Enfin, il nous reste à dire un mot d'un dîner, nouvellement créé, et qui fait déjà parler de lui : le *dîner des Un* a pour but de grouper à la même table une illustration de chaque genre : un peintre, un musicien, un sculpteur, un homme de science. La médecine y est représentée par le Dr Nocard, membre de l'Académie de médecine, un savant au verbe disert Le *dîner des Un* a eu un précurseur dans la *Société des Bénisseurs*. C'était Villemessant qui avait ainsi baptisé cette réunion. On se réunissait tous les lundis — cela remonte au moins à un quart de siècle — au restaurant Grossetête. Les convives sociétaires s'appelaient : Berlioz, Fiorentino, Alexandre, Nogent Saint-Laurens, Battaille, Bressant et Carvalho. Le rédacteur en chef du *Figaro* les

(1) Qui s'appelait encore dîner de l'*Homme à bêche*, par allusion bois qui figure sur la couverture des livres de Lemerre, l'é-eur des Parnassiens.

de la face qui se contractent également quand la malade souffle ; la langue se porte facilement à droite et à gauche.

Interrogée sur son nom, la malade ne peut le dire ; cependant quand on le prononce devant elle, elle peut le répéter ; quelques instants après, elle ne se le rappelle plus ; elle prononce quelques mots, quelques membres de phrase, oui ou non, monsieur, depuis deux mois. En général lorsqu'elle veut articuler plusieurs mots, il en résulte des assemblages confus de sons, auxquels on ne peut rien comprendre. Elle articule moins mal que la veille : au lieu de fichu, elle prononce michu ; au lieu de drap, da; elle prononce assez bien le mot livre quand on l'a d'abord prononcé devant elle, mais elle ne peut venir à bout d'articuler le mot camisole. Elle se rappelle les événements, reconnaît toutes les personnes ; mais elle en a oublié les noms, même le sien et celui du médecin ; elle comprend toutes les questions ; les réponses sont justes quand elle peut les articuler, elle dit facilement, uriner et aller à la selle une ou deux fois par vingt-quatre heures.

Ouïe, vue, odorat, goût conservés.

Bras droit plus faible que le gauche; elle exerce d'ailleurs la plupart des mouvements naturels.

Pouls 96, petit, inégal, irrégulier ; pas de chaleur anormale. Triple bruit du cœur, imitant le rythme du battement de rappel ; claquements parcheminés ; le second bruit est double ; le maximum a lieu dans la région des orifices des cavités gauches ; on l'entend par propagation dans toute la région précordiale ; nulle part un souffle.

La malade sort le 5 juillet 1838, et meurt le 22 novembre 1839.

Pendant cet intervalle de dix-sept mois la malade a eu 5 ou 6 attaques apoplectiques, dont deux ont été suivies de paralysies partielles qui se sont dissipées. La parole est restée aussi embarrassée. Les noms propres sont ceux qu'elle prononce le plus difficilement. La langue et les lèvres n'ont pas été paralysées.

Autopsie. Le cœur, d'un bon tiers plus volumineux qu'à l'état normal, est entouré d'une couche de graisse assez épaisse. Parois du ventricule droit épaissies. Rougeur, boursoufflement de la tricuspide, surtout au bord libre qui est comme charnu. Épaississement du bord libre des valvules de l'artère pulmonaire. Dilatation de l'oreillette droite et de l'orifice. Parois du ventricule gauche, 16 à 18 millimètres à la base; cavité dilatée, valvules de l'aorte crispées, hypertrophiées, épaissies, indurées, conservant leur forme normale, mobiles et suffisantes. Mitrale transformée en tissu fibro-cartilagineux; par suite de l'adhérence de ses lames vers les angles de jonction l'orifice est transformé en une fente qui reçoit à peine le bout du petit doigt, et vu du côté de l'oreillette forme le fond d'un infundibulum à bords plissés comme ceux de l'anus. L'oreillette gauche contient une concrétion adhérente à la surface, d'un blanc jaunâtre mêlé de rouge, ancienne, du volume d'un œuf de pigeon, mais étalée, adhérente, mais pouvant être détachée de l'endocarde intact, se prolongeant dans l'auricule où elle présente la teinte jaune verdâtre et une grande friabilité comme ces concrétions fibrineuses qu'on trouve à la suite des phlébites anciennes.

Le cerveau présente vers la scissure de Sylvius gauche l'aspect jaunâtre. Consistance ferme jusqu'au niveau des ventricules; la partie gauche de la voûte à trois piliers présente de la mollesse, comme diffluente, un état crémeux qui contraste avec la fermeté du reste de l'organe. Vers la partie moyenne du lobe antérieur gauche, excavation pouvant contenir une petite aveline, comprenant l'épaisseur d'une circonvolution et allant se perdre en bas avec la tache jaune de la scissure déjà signalée. Toutes les circonvolutions du lobe moyen gauche qui se trouvent dans la scissure sont jaunes et diffluentes; la couche superficielle détachée, comme d'elle-même. On trouve une excavation pouvant contenir une noix. Ce vaste foyer de ramollissement est en partie rouge, en plus grande partie d'un blanc grisâtre; la paroi interne de ce foyer répond au corps strié et à la première moitié de la couche optique. Le corps strié est d'une consistance normale; il en est de même de la couche optique.

Le lobe postérieur gauche et tout l'hémisphère droit sont normaux.

En somme l'altération occupe la partie postérieure du lobe antérieur et la portion antérieure du lobe moyen à leur jonction dans la scissure du Sylvius, à gauche.

Les artères cérébrales, vues à l'extérieur, montrent quelques taches blanchâtres, mais sont peu altérées ».

Le rétrécissement mitral n'a pas été reconnu et l'on n'a pas vu la liaison du rétrécissement avec l'hémiplégie. L'aphasie a été bien étudiée.

Virchow ne pouvait pas omettre les embolies cérébrales, nous ne savons pas s'il est entré dans les détails. En 1853, Senhouse Kirkes a publié dans le tome XXXV des Medico-chirurgical Transactions, un travail intitulé : Des effets principaux qui résultent du détachement de concrétions fibrineuses développées dans le cœur et de leur mélange avec le sang. Il note que l'obstacle mécanique a été toujours trouvé au même endroit

---

avaient baptisés les *Bénisseurs*, parce que, disait-il; « pour eux il n'y a qu'un compositeur, Berlioz ; qu'un feuilletoniste, Fiorentino ; qu'un facteur d'orgues, Alexandre ; qu'un avocat, Nogent Saint-Laurens ; qu'un chanteur de style, Battaille ; qu'un jeune premier, Bressant ; qu'un directeur de théâtre, Carvalho. »

Qui pourra jamais dire les débauches d'esprit et de verve qui se faisaient dans tous ces repas ! On dînait autrefois, aujourd'hui on mange. Les tournois scientifiques et les dialogues philosophiques ont laissé le champ libre aux stances à Bacchus, et aux couplets à Vénus !...

Dr Quercy.

l'encéphale de trois sujets, ce qui est naturel, puis-
'artère cérébrale moyenne et la cérébrale anté-
re font un angle, la cérébrale moyenne étant la
large et continuant le plus directement le trajet
carotide. Il ne tient pas le compte suffisant des
rétions fibrineuses de l'auricule qui peuvent exister
végétations, avec des valvules lisses. Il note *trois*
t ne fait pas de distinction entre l'insuffisance et
trécissement mitral. Or, nous cherchons à démon-
que c'est surtout dans le rétrécissement mitral pur
l'embolie cérébrale est fréquente.

s *Archives générales de médecine* pour 1865 re-
luisent le travail de Hughlings Jackson, intitulé :
'aphémie dans ses rapports avec l'hémiplégie droite
s lésions valvulaires du cœur. Voici ce qu'il dit :
ai examiné le cœur dans les cas d'hémiplégie, tan-
'ai trouvé des affections valvulaires, tantôt je n'en
as rencontré. Il m'a paru cependant que dans les
iplégies avec perte de la parole, il existait presque
ours une affection des valvules. L'obstruction de
ère cérébrale moyenne ne pourra-t-elle pas rendre
pte non seulement de l'hémiplégie succédant au ra-
lissement d'une portion de l'hémisphère, mais même
a perte de la parole? Dans les premières observa-
s que j'ai communiquées à la Société Huntérienne,
réquence de cette coïncidence d'une lésion valvu-
e était frappante ; sur 9 cas on la constatait dans 6.
s depuis que j'ai rassemblé des observations beau-
p plus nombreuses, la proportion est notablement
ndre... Il est vraisemblable que dans le plus grand
ibre des cas où on constate une affection des val-
es, l'artère cérébrale moyenne est obstruée, et les
es, sans lésions valvulaires constatées,ont avec les
miers tant d'analogie qu'on peut supposer égale-
nt une obstruction de ce vaisseau due à quelqu'autre
se. Je n'ai admis l'existence de la lésion des valvules
quand elle était d'une évidence surabondante.
utre part, de ce qu'un patient est à la fois atteint de
adie valvulaire du cœur et d'hémiplégie, on n'est
autorisé à conclure qu'il y a eu nécessairement
olie. Je signale la coïncidence en me gardant bien
firmer que la coïncidence des deux lésions implique
rapport plus étroit. »

l n'a pas eu l'occasion de faire l'autopsie et rapporte
bservations, pour lesquelles nous ne trouvons que
sions mitrales et 4 lésions valvulaires. Nous ne sa-
is pas s'il s'agit de rétrécissement ou d'insuffisance
rale,et de quelle valvule il est question. C'est vague.
'est pas indifférent d'avoir affaire à un rétrécisse-
nt étroit de la mitrale ou à une insuffisance dans la
estion d'embolie, du moins d'après nos relevés.
ghlings Jackson tirait une conclusion prématurée
observations, trop indécises comme diagnostic.
us avons osé, il y a vingt ans, faire devant Guéneau
Mussy, le diagnostic, rétrécissement mitral pur, à
mètres de distance, nous basant sur l'hémiplégie
oite chez une femme jeune et nous avons trouvé le
rétrécissement mitral pur qui avait passé inaperçu.

Hughlings Jackson qui ne s'occupait que des cas avec aphémie, a cité comme hémiplégie gauche deux cas compliqués d'aphémie ; dans l'un, il n'y a pas de lésions cardiaques, dans l'autre, il y a du souffle en bas du sternum.

Nous n'avons rien à changer à ce que nous avons dit dans notre Traité des maladies du cœur.

En face de l'hémiplégie chez une femme jeune nous devons penser au rétrécissement mitral pur ; l'hémiplégie gauche est moins fréquente que la droite. La femme jeune enceinte atteinte de rétrécissement mitral pur est menacée d'hémiplégie.

Ce ne sont pas les végétations des valvules qui, en se détachant, sont à redouter, c'est la fibrine qui se désagrège dans l'auricule gauche. Les végétations sont rares dans les cavités droites et cependant les infarctus des poumons ne le sont pas ; donc les embolies sont plutôt dues aux concrétions sanguines qu'aux végétations détachées. Il y a chez la femme, à une certaine période de la vie, sous l'influence de la menstruation supprimée, la disposition à la coagulation du sang, et les embolies vont tantôt à gauche, tantôt à droite dans le cerveau. Le tronc brachiocéphalique n'est pas si loin de la carotide gauche que l'embolus ne puisse s'y engager. Le sang battu par les verges que représentent les tendons des valvules ne se coagule-t-il pas comme l'on défibrine le sang ?

Enfin, avons-nous toujours affaire à des embolies ? La théorie est trop séduisante pour que sans raison nous la combattions, à la condition toutefois qu'on ne soumettra pas à cette loi les syncopes, vertiges, épilepsie, hystérie et asphyxie locale symétrique de Maurice Raynaud.

BIBLIOGRAPHIE

La blennorrhagie et ses complications, par E. Finger. Trad. de l'allemand par Hogje. — F. Alcan, édit., Paris, 1874.

Décidément il suffit d'être étranger pour avoir la vogue. Il y a longtemps qu'on nous faisait bruire aux oreilles, l'apparition de ce livre qui devait révolutionner le monde savant. La blennorrhagie, jusqu'à Finger n'existait pas. Les travaux français n'avaient jamais signalé une goutte de pus pouvant venir souiller la pureté d'un canal sans impureté.

C'est à peine si de loin en loin Finger semble avoir entendu parler des travaux de Guiard, Jamin, de Janet, et cela sur de petits points secondaires Quant à Guyon, je ne sais pas s'il existe dans la mémoire de M. Finger, mais il n'en est pas question, dans le livre ; Finger s'étend avec complaisance sur la notion de la séparation anatomique, physiologique, pathologique de l'urèthre, et il semble que personne avant lui n'en ait eu notion ; Amussat et encore Guyon qui a con-

sacré tant de pages à la défense de cette idée qu'il a faite sienne, ne sont pas même cités dans le long chapitre anatomie et physiologie, où il n'est question que de ce que depuis de longues années, Amussat et Guyon ont cherché et réussi à démontrer.

Je dois en passant signaler à la page 119 ce que l'on a l'outrecuidance de désigner comme étant la sonde de Guyon. En voici la description : « c'est une seringue « un peu plus grande que celle de Pravaz, la tige du « piston glisse circulairement dans un pas de vis. Cha- « que demi-tour fait sortir une goutte de la sonde », et si l'on veut être tout à fait édifié, on pourra regarder la fig. 9 placée en regard de cette brève description, pour ne plus savoir du tout comment est fait l'instillateur de Guyon.

Convaincu de la spécificité du gonocoque, Finger a essayé le traitement antiseptique de l'urèthre. Les liquides dits antiseptiques ne lui ont paru donner que des résultats relatifs, de même que la méthode abortive. Aussi semble-t-il, de jour en jour, avoir de plus en plus de dispositions à retomber dans les anciens errements (qui donnaient peut-être plus de succès), je veux parler du traitement palliatif au début, puis brusquement, énergiquement, agir par les balsamiques ou les modificateurs de la muqueuse, mais seulement alors à cette époque calme de la blennorrhagie.

Les complications générales sont peu étendues. Je ne parlerai pas de la blennorrhagie chez la femme que l'auteur a visiblement laissée de côté, et qui s'est contenté d'en faire une esquisse rapide et trop touffue.

F. Verchère.

REVUE DE LA PRESSE

Sur l'ascite chyliforme, par Verdelli. (D'après la *Deutsche med. Zeit.*, 45-93.) — Après avoir donné un aperçu des cas qui ont été publiés, Verdelli croit que cette affection est beaucoup plus fréquente que ne le ferait supposer une quarantaine de cas qu'il a pu réunir dans les recueils. Dans l'observation personnelle qu'il rapporte, il s'agit d'un sarcome du mésentère qui s'était propagé aux ganglions prévertébraux. Ce qui caractérise surtout cette observation, c'est l'abondance extrême de l'épanchement. Quatre ponctions ont été faites à dix ou douze jours d'intervalle et chaque fois, on a retiré 12 ou 14 litres de liquide. L'analyse chimique du liquide a indiqué la présence de la globuline, de l'hémialbumose, de la syntonine, de chlorures, et d'une grande quantité de cristaux de leucine. Le liquide était jaune blanchâtre, avec une légère teinte rougeâtre. Abandonné à lui-même, il ne s'est pas coagulé, mais a formé un léger sédiment et s'est recouvert d'une légère membrane blanche.

L'auteur divise les épanchements chyleux, d'après leur étiologie, en quatre catégories qui se distinguent les unes des autres par leurs caractères chimiques et microscopiques.

La première catégorie comprend les ascites chyleuses proprement dites, dans lesquelles il se produit un véritable épanchement chyleux péritonéal Le liquide se distingue par sa grande proportion en matières grasses. D'après la densité élevée du liquide, la quantité d'albumine et la présence d'éléments néoplasiques, on peut conclure avec assez de vraisemblance à l'existence d'un processus inflammatoire ou d'un néoplasme ayant amené l'épanchement.

Dans la deuxième catégorie, l'auteur range les ascites graisseuses, dues à un mélange de corps gras au liquide de l'ascite; ces corps gras se produisent par une dégénérescence graisseuse des éléments inflammatoires ou néoplasiques. La quantité de corps gras est généralement faible, et l'analyse chimique et microscopique renseigne sur la nature du processus.

La troisième catégorie, hypothétique jusqu'ici, comprend les épanchements chyleux, provoqués par la présence de la filaire sanguine.

La quatrième, à laquelle appartient le cas publié par l'auteur, comprend les cas dans lesquels l'aspect du liquide varie de l'opalescence à l'ascite chyleuse vraie. On l'observe le plus souvent chez les individus présentant un état général mauvais; le processus serait dû, d'après l'auteur, à une agrégation moléculaire spéciale de la globuline. L. J.

Diagnostic différentiel des lésions de la queue de cheval et du renflement lombaire, par Schultze (*Centrabl. für innere medicin.*, 31, 94.) — Schultze, à propos d'un cas qu'il a observé, a été amené à faire une étude critique sur la localisation des lésions de la partie inférieure de la moelle dont Valentini a récemment étudié la structure. D'après ce dernier auteur, les symptômes qui dépendent d'une lésion du renflement lombaire ou du cône terminal sont très différents. Dans le premier cas, les extrémités inférieures sont entièrement paralysées, tant au point de vue du mouvement que de la sensibilité; dans le second cas, les troubles moteurs et sensitifs restent limités au territoire du sciatique et des nerfs fessiers supérieurs ou inférieurs; les muscles animés par le crural et l'obturateur sont indemnes.

Si cette distinction est réelle pour beaucoup de cas, Schultze hésite cependant à lui attribuer une valeur absolue. Le diagnostic différentiel dépend non seulement de la déterminaison de la hauteur à laquelle siège la lésion, mais de l'extension transversale plus ou moins étendue de la lésion primitive. Comme preuve, il cite un cas publié par Erb, dans lequel l'autopsie fit découvrir une lésion du cône terminal, alors que les phénomènes cliniques semblaient accuser une lésion de la queue de cheval. A la limite de la douzième vertèbre et de la première lombaire, il existait une saillie aiguë qui s'avançait jusqu'au milieu du canal vertébral et qui comprenait surtout la substance centrale de la

elle. La partie inférieure du renflement lombaire qu'à la moitié, tient sous sa dépendance les fonctions trices et sensibles du sciatique. Lorsqu'il existe une on longitudinale de la première vertèbre lombaire, e produit une paralysie à la fois sensible, motrice et ophique du sciatique, comme dans les lésions pro des de la queue de cheval.

On peut attribuer une certaine importance diagnos ue à l'existence de contractions fibrillaires qui sont général beaucoup plus rares dans les lésions péri ériques que dans les maladies des appareils gan onnaires, en sorte qu'on pourrait conclure de leur istence à la lésion directe des cellules ganglionnaires les tiennent sous leur dépendance. L. J.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 30 juillet. — Présidence de M. Lœwy.

L'emploi du bec Auer peut-il produire un empoisonnement rtiel? — M. N. Gréhant. Dans un mémoire que j'ai eu nneur de lire à l'Académie le 9 juillet dernier, j'ai in qué la présence, dans les produits de la combustion d'un c Auer, d'une faible proportion d'oxyde de carbone, aie à 1/4300 environ.

Je me suis demandé alors s'il est possible de reconnaître, tez un animal qui respire dans une chambre fermée, hairée pendant plusieurs heures par un bec Auer, un mmencement d'empoisonnement par l'oxyde de carbone. à d'autres termes, la quantité de ce gaz qui est mélangée ec les autres produits de la combustion peut-elle donner, ns l'air confiné, une proportion d'oxyde de carbone suf sante pour que ce gaz soit fixé par le sang?

L'expérience seule pouvait répondre à cette question, et ici comment je l'ai réalisée en imitant l'expérience clas ique et fondamentale de Félix Leblanc.

Dans la matinée, je découvre chez un chien de forte aille pesant 20 kilogs l'une des artères carotides, j'aspire n volume de sang égal à 42 cc. qui est injecté dans mon ppareil servant à l'extraction des gaz, dont le récipient a eçu d'abord 100 cc. d'acide acétique privé de gaz par ébullition; le sang a donné un volume d'acide carbonique gal à 19 cc. 25 et une réduction à mon grisoumètre de 1,7 livision due au gaz combustible du sang normal.

Je fais placer sur une table, au milieu d'une chambre ont la capacité est égale à 51 mc. un bec Auer neuf qui st allumé et qui brûle avec une grande régularité et un vif éclat. L'animal est attaché dans la même chambre à m. environ du bec : il respire les produits de la combus ion, qui se mélangent avec l'air de la pièce.

Sept heures après le début de l'expérience on fait une seconde prise de sang artériel, qui a donné 19 cc. 85 d'acide carbonique, c'est-à-dire seulement 0 cc. 6 en plus ; au gri soumètre, j'ai obtenu une réduction égale à 2,2; retranchons 1,7 venant du sang normal, il reste 0,5 correspondant à l'oxyde de carbone extrait du sang, ce qui présente 0 cc. 065 d'oxyde de carbone ou 0 cc. 15 de ce gaz dans 100 cc.

Si j'appliquais la loi d'absorption au bout d'une demi heure, ne connaissant pas encore ce que devient l'absorption au bout de sept heures, je trouve que ce très petit volume d'oxyde de carbone correspondrait à la présence de 1/3600, d'oxyde de carbone dans l'air, ce qui est une proportion absolument négligeable.

Je conclus de cette expérience que *l'emploi d'un bec Auer ne peut pas produire d'empoisonnement.*

Sur la peste de Hong-Kong. — M. Yersin. M. Duclaux communique à l'Académie les passages suivants d'une lettre adressée, à l'Institut Pasteur, par M. le Dr Yersin, médecin des colonies, envoyé à Hong-Kong pour étudier la peste.

« L'incubation est de quatre à six jours ; puis, la maladie débute brusquement par de l'accablement et un épuisement des forces. Dès le premier jour, le bubon apparaît ; il est souvent unique et siège, dans la majeure partie des cas, à la région inguinale. La fièvre est continue, elle s'accompagne de délire. La constipation est plus fréquente que la diarrhée. La mort arrive en vingt-quatre heures ou au bout de quatre à cinq jours. Quand la vie se prolonge au-delà de cinq à six jours, le bubon se ramollit et le pronostic devient meilleur.

Les premières recherches bactériologiques ont été faites sur des sujets vivants. L'examen du sang retiré d'un doigt à diverses périodes de la maladie n'a pas montré de microbes et l'ensemencement est resté stérile.

Les bubons, au contraire, contiennent en abondance et à l'état de pureté un bacille très petit, court, à bouts arrondis, ne se teignant pas par la méthode de Gram, mais se colorant par le violet de gentiane. Chez 8 malades, j'ai trouvé le bacille dans les bubons. A l'autopsie des deux pestiférés, j'ai rencontré le même microbe. Il est surtout nombreux dans les bubons, il est moins abondant dans les autres ganglions et très rare dans le sang au moment de la mort. Le foie, la rate sont augmentés de volume et renferment le bacille spécifique.

Des souris inoculées avec une trace de la pulpe d'un bubon meurent en vingt quatre heures avec des bacilles dans les ganglions, dans les organes et dans le sang, où ils sont plus longs et plus grêles, elles succombent à une véritable septicémie. Les cobayes meurent en trois à six jours ; ils présentent de l'œdème au point d'inoculation, une tuméfaction des ganglions voisins et une augmentation de volume du foie et de la rate. Plus la maladie se prolonge, plus les ganglions deviennent volumineux.

De cinq souris inoculées avec quelques gouttes de sang, une seule a succombé le quatrième jour. Un cobaye inoculé de la même manière est mort en six jours.

Une souris qui avait mangé la rate d'une autre souris morte de la peste a pris la maladie : il en est de même d'un rat qui avait mangé un fragment de bubon.

Le microbe se cultive facilement sur gélose, en donnant une couche blanchâtre uniforme.

ACADÉMIE DE MEDECINE

Séance du 7 août 1894. — *Présidence de* M. Empis.

Sur l'abatage des bestiaux. (*Suite de la discussion.*) — M Dieulafoy. A propos de la question soulevée par mon rapport sur l'abatage, je désire faire connaître les avis de certains éminents physiologistes français, consignés sous forme de lettres dans cet ouvrage.

M. Laborde a écrit : « Je suis d'avis que l'on a tort de répandre l'opinion que l'assommage est la méthode la plus rapide. Il n'en est rien. La section du bulbe est une opération de laboratoire, inapplicable en pratique, et le masque Bruneau n'a pas la garantie de ce procédé physiologique. Il ne reste que la section des vaisseaux du cou, qui amène une syncope rapide à partir de laquelle toute douleur est supprimée. »

M. Ch. Richet s'exprime ainsi : « L'abatage par la saignée amène l'inconscience en une demi-minute au plus. Il est préférable à toute autre méthode. »

M. Chauveau préfère aussi cette méthode comme très facile, très sûre et très rapide.

On voit donc que la saignée est préférée par des hommes sous la compétence desquels je puis me couvrir.

M. Guérin. Je me demande pourquoi cette question est venue devant l'Académie. Nous avons pour mission de guérir les hommes et non de tuer les bœufs.

En tout cas, nous avons une section de médecine vétérinaire, et c'est peut-être à elle qu'aurait dû être envoyé ce travail.

M. Weber. Je ferai remarquer que dans cette discussion il ne s'agissait pas seulement d'une question d'abatage mais d'une question d'hygiène. Il fallait savoir si la viande d'un animal tué par l'un ou l'autre procédé, assommage ou hémorrhagie, a les mêmes qualités. D'ailleurs je n'insisterai pas pour ne pas prolonger outre mesure cette discussion.

Sur la mortalité infantile en France. — M. Cadet de Gassicourt lit un travail de M. Vidal (d'Hyères) sur la mortalité infantile dans le Var depuis dix ans. (V. *France médicale*, p 393). Après avoir relaté les résultats obtenus par M. Vidal, le rapporteur insiste sur la nécessité d'appliquer la loi Roussel qui a donné de si bons résultats. Mais cette loi n'est pas encore suffisante, car, d'une part, les enfants élevés dans leurs familles, échappent à la surveillance, et d'autre part, les enfants qui ont dépassé l'âge de 12 à 16 mois, sont repris par leurs parents et ne sont plus soumis à aucune surveillance.

Malheureusement nous ignorons les causes de cette effroyable mortalité, et il faudrait donner les statistiques bien faites dans lesquelles on tiendrait compte de l'âge, du sexe, des décédés et des causes des décès. Si le médecin ne peut rien sur la natalité, il peut chercher à combattre les causes de la mortalité infantile.

M. Javal. Je ne crois pas, contrairement à l'opinion de M Cadet de Gassicourt, que l'intervention du médecin soit inutile dans cette question de la diminution de la population. Il n'est pas douteux, par exemple, que les conseils d'un médecin pourraient empêcher la stérilité volontaire.

M. Lagneau. Je ne veux pas exposer à nouveau quelles sont, selon moi, les causes de la dépopulation de la France ; elles me paraissent être multiples et les remèdes qu'il faudrait y apporter sont également nombreux : c'est par la réforme du service militaire, par des lois de protection de la femme, analogues à celles qui existent en Angleterre, par une plus grande facilité à pouvoir contracter le mariage et par bien d'autres moyens encore, que l'on pourrait remédier au mal.

M. A. Guérin. Je ne crois pas que la stérilité volontaire soit la cause réelle de la diminution de la natalité, du moins dans les campagnes ; bien au contraire, le paysan considère comme une véritable richesse d'avoir de nombreux enfants.

M. Charpentier. La cause de la diminution de la natalité en France est certainement la stérilité volontaire. Il est très fréquent qu'après la naissance d'un ou deux enfants on nous demande le moyen de ne pas en avoir un troisième. C'est le moment, pour nous médecins, d'intervenir en montrant à la femme les dangers de cette stérilité.

M. Guérin. Il ne faut oublier aussi, parmi les causes de la diminution de la natalité, l'influence de l'alcool.

M. Lannelongue. Cette question de l'influence de l'alcool est bien difficile à préciser, car sous ce rapport les chiffres sont contradictoires.

Dans le Gers, où la consommation de l'alcool est très minime, pas même un litre par habitant, la natalité est médiocre. Dans la Seine-Inférieure, c'est l'inverse : la consommation alcoolique y est excessive, puisque à Neufchâtel, par exemple, on boit 40 litres d'alcool par an et par tête ; près de 100 litres par tête d'homme adulte ! Eh bien la natalité dans ce département est très élevée.

Néanmoins il faut reconnaître que si on n'est pas fixé sur l'influence de l'alcool au point de vue de la fécondité on est fixé à peu près sur l'infécondité de la descendance de l'alcoolique, les fils et petits-fils de l'alcoolique s'étiolent peu à peu et deviennent tout à fait inféconds.

Des résultats post-opératoires de la cholécystostomie et de la cholécystentérostomie. — M. Dujardin-Beaumetz lit un rapport sur une observation communiquée à l'Académie par M. Fontan (de Toulon) et ayant pour titre : *Relation d'un cas de cholécystotomie pour lithiase biliaire avec cathétérisme et désobstruction des voies biliaires par des injections d'éther.*

Je ne m'occuperai pas, dit le rapporteur, après avoir résumé l'observation, des indications opératoires de la cholécystostomie ou de la cholécystentérostomie, n'ayant aucune compétence à ce sujet; je veux seulement étudier quelles sont les conditions physiologiques dans lesquelles se trouvent les malades après l'une et l'autre de ces opérations.

Pour ce qui est de la cholécystentérostomie, cette opération présente un inconvénient sérieux, c'est l'infection des voies biliaires par les microorganismes de l'intestin. Cette infection se traduit par des accès de fièvre absolument analogues à ceux de la fièvre intermittente et présentant les trois stades caractéristiques de cet accès.

Tantôt ils se produisent isolément tous les quatre à dix jours, tantôt, au contraire, ils se suivent pendant un cernombre de jours, trois à quatre jours, et reviennent alors à heures à peu près fixes.

Ils durent de quatre à six heures ; ils sont précédés d'un état général de courbature, s'accompagnent quelquefois de vomissement et de douleurs d'estomac, et se terminent par un affaiblissement des forces.

Ce qui les distingue des accès intermittents, ce sont les deux points suivants : l'irrégularité de leur apparition d'une part, et, de l'autre, la résistance qu'ils présentent à une médication quinique ; quelle que soit la dose employée, on ne peut en modifier ni l'heure d'apparition, ni l'intensité.

Ces accès laissent à leur suite un affaiblissement général et un état de coloration des tissus caractérisé surtout par de la mélanodermie et qui fait beaucoup ressembler les individus ainsi atteints d'infection hépatique par voie intestinale aux malade atteints de cachexie palustre. Quelquefois, à la teinte foncée de la peau vient se joindre un véritable subictère déterminé par un ictère infectieux ac-

gnant l'accès fébrile. On retrouve alors dans les de la bilirubine, et pendant les périodes d'accès, ie toujours de l'urobiline.

que ces accès de fièvre dus à l'infection hépatique se sent dans les jours qui suivent l'opération, ils pré- t un haut degré de gravité et entraînent la mort du qui, après le choc opératoire, ne peut résister à cet

qu'au contraire ils se produisent tardivement, six es à deux mois après l'opération, le malade est ca- de résister, mais à partir de ce moment, l'améliora- ue l'on constate après l'opération cesse et le malade uve alors, par suite de ces infections successives du ui modifient profondément les fonctions de la cel- épatique, dans des conditions d'infériorité vitale lui ttant de devenir facilement la proie des maladies in- rentes.

quinine est impuissante à faire disparaître ces accès es ; il en est de même du régime alimentaire, des ptiques intestinaux, qui peuvent tout au plus les atté- lans une certaine mesure.

n'est que lorsque la vésicule s'est progressivement ormée en canal fistuleux qu'on peut espérer voir dis- re cette infection hépatique, mais il faut, pour cela, oup de temps, des mois, des années.

nt à la cholécystostomie, s'il n'y a pas à craindre tion des voies biliaires, la persistance d'une fistule e cutanée n'en a pas moins de graves inconvénients, péré se trouve placé dans des conditions physiologi- anormales. C'est en s'inspirant de ces diverses consi- ons que plusieurs chirurgiens ont proposé de prati- après la cholécystostomie le cathétérisme des voies es, mais cette opération n'est pas sans inconvénients, fois sans dangers, puisque l'on a signalé des hémor- es d'une haute gravité.

Fontan a eu l'idée d'associer au cathétérisme des voies res des injections d'éther. Je crois, pour ma part, faut être très réservé dans l'emploi d'une pareille mé- et ne la réserver que pour des cas exceptionnels, u'il ne s'agit pas à proprement parler de calculs, mais de boue biliaire, comme c'était le cas pour le malade Fontan.

-t-on pas, du reste, rapporté récemment à la Société irurgie des cas où, après une simple cholécystosto- on a vu le canal cholédoque oblitéré reprendre ses ions ; la disparition des calculs entraînant la disparition cause de l'inflammation des conduits. ceux-ci repren- leur calibre normal par suite de la régression des pro- inflammatoires.

anmoins, malgré les succès de la cholécystostomie, je qu'il faudra lui préférer la cholécystentérostomie u'on n'a pas d'espoir de voir se rétablir les fonctions anal cholédoque ; la cholécystostomie convient seule- t aux rétentions biliaires se rattachant à un obstacle l'on ne suppose pas définitif.

R. Blache lit un mémoire sur la protection de l'en- dans le département de la Seine en 1892, et sur la si- on et le fonctionnement des crèches.

séance est levée.

SESSION LYONNAISE DE LA

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance des 2, 3, 4 août 1894. – Présidence de M. le Dr Dron.

De l'acné nécrotique. — M. W. Dubreuilh (de Bordeaux). L'acné pilaire de Bazin et l'acné frontalis seu varioloformis de Hebra d'une part, l'acné necrotica de C. Boeck d'autre part, ne sont qu'une seule et même maladie et ne sont séparées que par des différences d'intensité. Le nom d'acné nécrotique, est celui qui mérite d'être conservé parce qu'il tient compte de la lésion la plus caractéristique de la maladie et qu'il ne présente aucune ambiguité.

L'éruption est constituée par des élevures lenticulaires peu saillantes, obtuses, d'un rouge vif au début, devenant plus tard violacées ou brunâtres, infiltrées et fermes à la palpation, centrées par un poil et surmontées d'une croûte. Cette croûte est arrondie, jaunâtre, enchâssée dans la papule sur laquelle elle ne fait pas de saillie propre ; elle est molle, tenace, adhérente et s'arrache difficilement ; on trouve au dehors d'elle une perte de substance taillée à l'emporte-pièce, granuleuse, un peu suintante, tapissée d'une faible quantité de pus, la lésion n'est jamais constituée par une véritable pustule. Au bout de quelques jours, l'élevure s'affaisse, laissant une croûte ronde, brune, sèche, qui ne tombe que lorsque la cicatrisation est achevée. Il reste alors une cicatrice circulaire, déprimée, d'aspect varioliforme, pigmentée au début, plus tard blanche et sur laquelle persistent sans altération les poils et les cheveux. Il n'y a pas d'autres phénomènes qu'un peu de démangeaison.

L'éruption atteint de préférence la face, notamment les tempes, le front à la lisière des cheveux, le nez; elle peut aussi s'étendre sur le cuir chevelu, les joues, les pavillons des oreilles, les régions rétro-auriculaires. Plus rarement elle atteint les faces antérieure et postérieure du tronc et dans ce cas les lésions sont particulièrement larges et profondes. C'est cette dernière localisation qui a été étudiée par M. Boeck, sous le nom d'acné nécrotique. Les lésions sont souvent réunies en plus grand nombre, en certains points qui forment des foyers, mais sans groupement défini : chaque lésion naît et évolue isolément et chaque foyer contient pêle-mêle des lésions d'âge différent.

L'éruption est successive mais avec des moments de plus grande abondance, constituant des poussées éruptives intermittentes ou subintrantes qui peuvent se succéder pendant des années à des intervalles variables. Comme dans les formes un peu intenses, chaque lésion laisse une cicatrice, il en résulte que certains malades sont grêlés comme ils le seraient par une variole grave.

On peut, du reste, observer plusieurs variétés depuis les lésions larges et profondes qui laissent des cicatrices creuses au point de recevoir l'extrémité du doigt, jusqu'à celles qui ne laissent que des cicatrices superficielles, miliaires, ou même qui n'en laissent pas du tout. Ce dernier cas est très fréquent, notamment à la face où l'on voit souvent des poussées éruptives très abondantes, ne laisser presque pas de cicatrices. D'autres fois, la maladie peut être compliquée par la suppuration ou par la formation de croûtes impétigineuses.

Au point de vue anatomo-pathologique, la lésion est constituée par une nécrose momifiante superficielle de la

peau qui est le phénomène primitif et se fait probablement sous l'influence de causes microbiennes locales. Cette nécrose peut n'atteindre que l'épiderme ou même une partie de l'épiderme : il n'y a dans ce cas pas de cicatrice. Généralement elle entame plus ou moins profondément le derme, dont on retrouve les éléments, fibres élastiques et conjonctives, dans la croûte. A la suite de la nécrose il se produit un sillon d'élimination et des phénomènes réactionnels diffus de congestion vasculaire et d'infiltration autour des vaisseaux et des organes différenciés de la peau. Quoique la lésion débute toujours à l'orifice d'un follicule pilo-sébacé, la glande sébacée et, à plus forte raison, la partie profonde du follicule pileux ne sont atteints que par les lésions diffuses de réaction inflammatoire qui n'atteignent nullement leur vitalité ou leur structure. C'est pourquoi les cicatrices ne sont pas glabres.

L'acné nécrotique doit être distinguée de l'acné pustuleuse commune, des hidrosadénites, des syphilides tertiaires. Cette dernière erreur est la plus fréquente et la plus fâcheuse ; elle est entretenue par le fait que l'acné nécrotique est souvent fort améliorée par le traitement ioduré.

Le traitement de choix est la pommade soufrée : axonge benzoïnée 30, savon de potasse et soufre précipité ää 5 grammes, parfum, quantité suffisante. Dans la plupart des cas, les lésions éruptives disparaissent en quelques jours. Elles peuvent récidiver.

Erythrodermie scarlatiniforme prémycosique chez un cancéreux. — Dr Barbe. L'apparition d'éruption prémycosiques au cours du cancer n'a pas encore été observée, à ma connaissance du moins; aussi le fait suivant m'a-t-il paru digne d'être signalé.

V... sans antécédents morbides, a consulté le 9 mai 1889 le Dr Charles Monod pour une tumeur du sein gauche, dont elle avait reconnu la présence dix jours auparavant. Depuis six mois cette femme n'était plus réglée et se plaignait de sensation de chaleur aux seins.

A la palpation la tumeur paraissait avoir à peu près le volume d'une pomme; il n'y avait pas de ganglions appréciables dans l'aisselle, toutefois l'examen de cette région était un peu douloureux. Le 7 juin, la tumeur fut enlevée largement avec l'aponévrose du grand pectoral, quelques ganglions dégénérés furent trouvés dans le creux axillaire et extirpés. La tumeur, avec la graisse qui l'enveloppait, pesait 1 kil. 300 grammes; elle était grosse comme une petite pêche. A la coupe elle présentait une consistance ferme et une coloration grise assez semblables à celles du squirrhe. Malheureusement la tumeur, qui devait être examinée histologiquement, fut égarée; il existe donc dans l'observation une lacune fort regrettable. Toutefois, pour M. Monod, il s'agissait certainement d'un *squirrhe du sein*, mais cette opinion ne repose que sur l'aspect microscopique de la tumeur.

De l'année 1889 au commencement de l'année 1893, la malade ne présenta rien de particulier; mais le 1 mars, elle s'aperçut d'une certaine tuméfaction au niveau de la première pièce du sternum ; le 22 avril celle-ci avait beaucoup augmenté.

Au mois de juin, alors qu'elle était au bord de la mer, V... constata pour la première fois l'apparition dans le dos de plaques érythémateuses qui auraient duré quelques semaines, puis qui auraient disparu à la suite de l'application d'une pommade ; ces plaques reparurent en octobre elles furent observées par le Dr Monod, elles ne tardèrent pas à se généraliser pendant un certain temps du moins

Au commencement de janvier 1894, j'eus l'occasion d suivre la malade pendant quelques semaines. Celle-ci, d constitution robuste, atteinte d'un certain degré d'obésité avait toute la face couverte d'un érythème d'un rouge to particulier, rappelant la teinte du cinabre ; il n'y avait pa un point de la face épargné, seules les oreilles étaie indemnes. La malade présentait tout à fait l'aspect conges tionné d'une personne qui vient de courir pendant quelqu temps. Le cou était indemne, ainsi que le tronc et l membres inférieurs, mais aux membres supérieurs la fac dorsale des mains et des avant-bras était couverte de large plaques érythémateuses, se confondant entre elles sur cer tains points et ayant la même teinte cinabre que le visage Fait particulier, ces efflorescences n'étaient pas accompa gnées de démangeaisons marquées ; nous reviendrons tou à l'heure sur ce point à propos de la discussion de ce ca

Il n'y avait pas trace de desquamation comme dans l plupart des observations d'érythrodermie qui ont été ra portées. L'état des ganglions n'a pu être relevé, la malad étant assez obèse, comme nous l'avons signalé tout à l'heure.

Quant à la tumeur du sternum, elle avait notablemen augmenté de volume et s'était même étendue vers les ca tilages externes du côté gauche ; la malade accusait da le dos, au niveau de l'omoplate gauche, des douleurs tr vives qui l'empêchaient de dormir et qui étaient dues tr probablement à la production d'une tumeur sur le cô gauche de la colonne vertébrale, à la face interne du th rax, mais sans saillie à l'extérieur. Rien de particulier signaler du côté des viscères.

Je perdis de vue la malade, mais j'appris dans la sui que celle-ci avait succombé par extension du cancer sterna vers le médiastin. Quant à l'érythrodermie, elle aurait di paru aux poignets et aurait pâli un peu à la face; ma aucun phénomène nouveau ne serait survenu, pas l'ombr d'une tumeur mycosique.

En présence de cet érythème chronique d'une teinte tou particulière, qui n'avait jamais offert trace de desquamatio mais avait subi une certaine régression, le seul diagnos que l'on pouvait poser, c'était celui d'érythrodermie pr mycosique; la teinte cinabre de cette érythrodermie n s'oublie plus, quand on l'a vue une fois. Mais un signe im portant manquait pour compléter le tableau...

Si on relit la description minutieuse qui a été faite p MM. Besnier et Hallopeau, des érythrodermies scarlatin formes prémycosiques, ont voit qu'elles sont toujours siège de démangeaisons violentes; ici ces démangeaiso existaient, mais elles étaient très supportables.

Dans ce cas, il ne pouvait être question d'une éruptio médicamenteuse, ni de pellagre, ni de cette forme de lup érythémateux, appelée lupus exanthématique, ni de de matite exfoliatrice : la malade ne prenait aucun médic ment, ce n'était pas l'érythème tout à fait spécial de pellagre, la couleur des plaques et l'état général du su ne permettaient non plus d'admettre le lupus érythém teux, l'absence de desquamation faisait rejeter l'hypothè d'une éruption quelconque. Enfin, dernier détail impo tant, la malade a été vue par le Dr Gaucher qui a plein ment confirmé ma manière de voir.

: cette éruption survenant au cours d'un cancer réci
était-elle une simple coïncidence ou, y avait-il une
on entre ces deux manifestations?
s ne pouvons répondre à cette question, l'examen
ogique de la tumeur sternale n'ayant pas été fait,
ce réellement un squirrhe ou un sarcome? D'autre
on sait que deux théories ont été émises sur la nature
ycosis fongoïde : pour les uns c'est un granulome
ieux, pour les autres c'est une variété de sarcome.
encore une fois, comme l'étude microscopique manque,
ne tirerons avec une conclusion de ce cas ; nous nous
nterons de l'avoir exposé tel que nous l'avons observé.

(*A suivre.*)

MEMENTO PRATIQUE

yens pour faire avorter les éruptions acnéiques. ns les cas où il s'agit d'acné de la face à érup- disséminées, peu nombreuses, il est souvent fort rtant d'enrayer le développement des nodules au t à mesure de leur apparition. Dans ce but, on ra recourir avantageusement au badigeonnage de ue élément éruptif, soit avec un mélange d'une e d'ichtyol et de trois parties d'eau, qu'on laisse r sur la peau, soit avec un peu d'acide phénique réalablement liquéfié par la chaleur qu'on recouvre ite d'une couche de collodion élastique. Le premier n, recommandé par le Dr W. Jamieson, professeur ermatologie à l'École de médecine d'Edimbourg ient surtout aux éruptions acnéiques encore papu- s, tandis que le second, indiqué par un autre der- logiste anglais, M. le Dr W. Smith, doit être pré- lorsqu'il s'agit d'éruptions déjà pustuleuses.

rmule agréable pour administrer l'iodure de po- um. — L'iodure de potassium doit, autant que pos- , être administré immédiatement avant les repas, d'être mieux supporté. On peut encore le faire dre pendant ou après les repas pour éviter son act avec la muqueuse stomacale et son absorption rapide. Voici la formule préférée par le professeur ournier, qui renferme 1 gramme d'iodure par cuil- à soupe :

Sirop simple.....	350	grammes.
Anisette de Bordeaux...	150	—
Iodure de potasium.....	25	—

astralgie. Dyspepsie. Vomissements, par M. La- e-Lagrave. — Au moment des crises, prendre une lerée à soupe du mélange suivant :

Eau chloroformée.....	100	grammes.
Sirop de codéine.....	20	—
Menthol. dis. dans l'alcool...	0 gr.	20
Chlorhydrate de cocaïne.....	0 gr.	05

n peut prendre jusqu'à 5 6 cuillerées à soupe dans ournée.

u repas, boire du lait additionné de bicarbonate de le. (*La Presse Médicale.*)

dministration du phosphore aux rachitiques. — Parmi les nombreuses préparations qui ont été proposées, la plus économique et celle qu'il convient d'administrer dans les hôpitaux est l'huile de foie de morue phosphorée au 1/1000, et à raison d'une cuillerée à café quotidiennement. Mais il y a, dans la clientèle, des enfants difficiles. M. Guinon conseille alors de leur prescrire l'huile de foie morue phosphorée à la saccharine ou bien les émulsions de Kassowitz.

Huile de foie de morue phosphorée à la saccharine (Guinon) :

Phosphore.....	0,91	centigr.
Huile de foie de morue.	100	grammes.
Saccharine.....	5	—
Essence de citron.....	XI	gouttes.

Dose quotidienne : une cuillerée à café.

Emulsions phosphorées à la lipanine (Kassowitz) ;

Phosphore.....	0,01	centigr.
Lipanine.....	30	grammes.
Sucre..... }		
Gomme arabique... }	âà 15	grammes.
Eau distillée.....	40	grammes.

Dose quotidienne : une cuillerée à café.

ou bien :

Phosphore.....	0,01	centigr.
Lipanine..... }		
Huile d'olives..... }	ââ 5	grammes.

Dose : 10 gouttes par jour.

Inutile d'ajouter que le traitement phosphoré du rachitisme est de longue durée et nécessite l'emploi simultané des modificateurs hygiéniques : bains salés, frictions, alimentations de choix, gymnastique, séjour au grand air, etc., etc.

Collodion salicylé contre le lupus. (Sympson.)

Acide salicylique.....	4	grammes.
Extrait de chanvre indien.	0 gr.	60
Collodion élastique.....	q. s. p. f.	30 gr.

M. D. S. — A appliquer sur les parties lésées.

(*Praticionner*, n° 308, p. 96 ; *Med. News.*)

NOUVELLES

Hôpitaux de Bordeaux. — Médecins des Hopitaux. — L'administration des hôpitaux, qui n'avait mis que deux places de médecins-adjoints au concours, vient d'en nommer trois, vu la valeur du dernier concours et la situation de deux candidats déclarés *ex æquo*. M. le Dr Sabrazès, présenté en première ligne, a été nommé le premier, et les Drs Bitot et Montgour ont tous deux été nommés médecins-adjoints.

Hôtel-Dieu d'Orléans. — Concours pour l'Internat. — Le 14 décembre prochain, à 2 heures après midi, pour trois places d'interne provisoire. L'unique épreuve de ce concours consiste en une composition écrite sur deux sujets tirés au sort : une question d'anatomie courante et une question classique de pathologie interne ou externe. (Questions ordinaires du concours d'externat des hôpitaux de Paris.) Deux heures sont accordées pour cette composition.

L'entrée en fonctions aura lieu le 1er janvier prochain. Les internes titulaires reçoivent, outre le logement, la nourriture, le chauffage et l'éclairage, une somme annuelle de 400 francs (et des gratifications quand il y a lieu). Les internes provisoires sont appelés à suppléer les titulaires malades ou en congé, et à remplacer ceux qui viendraient à faire défaut avant le 1er janvier de l'année suivante. Ils reçoivent les mêmes avantages que les internes titulaires pendant qu'ils en remplissent les fonctions. Les internes titulaires sont nommés pour un an, mais peuvent se présenter aux concours ultérieurs. Sont admis au concours tous les étudiants en médecine ayant au moins une inscription. Pour s'inscrire au concours et pour tous les renseignements s'adresser au secrétariat des hospices d'Orléans.

N. B. — Toutes facilités sont accordées aux internes pour les dissections, la médecine opératoire et les accouchements.

Hôpital Saint-Louis. — M. le Dr G. Thibierge fera, pendant les mois d'août et septembre 1894, dans le service de M. le Dr E. Besnier, des leçons sur les maladies du cuir chevelu.

Le lundi, à 4 heures, leçon théorique avec présentation de malades à la salle des conférences du Musée (la première leçon aura lieu le lundi 6 août).

Le mercredi, à 9 heures du matin, traitement des affections du cuir chevelu, au laboratoire Alibert.

Le mardi, à 9 heures, opérations dermatologiques (traitement du lupus, des acnés, électrolyse, etc.), au laboratoire Alibert.

Le vendredi, à 9 heures, consultation externe, salle de consultations, 38, rue Bichat.

Le samedi, à 9 h. 1/2, leçon clinique sur les malades du service (salle Alibert et Devergie).

Congrès international de l'enseignement supérieur. — Ce Congrès s'ouvrira à Lyon le 29 octobre 1894.

On y traitera : 1° Du mode de recrutement et de la situation des professeurs des Facultés à Paris et en province comparés à ce qui existe à l'étranger;

2° De l'équivalence des études et des grades dans les universités françaises et étrangères;

3° Des moyens de soustraire les universités françaises à l'uniformité des programmes, en favorisant le développement de chacun selon ses aptitudes, ses tendances et le caractère de la région.

Le **Conseil de surveillance de l'Assistance publique** vient d'arrêter un nouveau tarif de frais de séjour dans les hôpitaux de Paris pour les malades non nécessiteux.

Actuellement, les malades adultes payent le même prix, soit 3 fr. 50 par jour, dans les services de médecine et de chirurgie, et les enfants remboursent 2 fr. 80 par jour; les accouchements payants, dans les hôpitaux et chez les sages-femmes, sont tarifés à raison de 3 fr. 30.

Le nouveau tarif comportera un prix différent pour la médecine et la chirurgie; il est ainsi fixé :

Pour les adultes : 3 fr. 30 en médecine et 5 fr. en chirurgie. Pour les enfants : 2 fr. 80 en médecine et 3 fr. 50 en chirurgie. Pour le séjour à Berck : 2 fr. 10. Pour les accouchements : 5 fr. par jour.

Association américaine pour l'avancement des sciences. — L'Association américaine pour l'avancement des sciences tiendra son 43e Congrès annuel à Brookyln, du 15 au 24 août prochain, sous la présidence de M. Daniel G. Brinton.

Transport des préparations histologiques. — Une décisi de l'administration des postes de l'Union prohibe le transport par la poste de tout objet contenant des microbes des germes morbides, même en boîtes scellées. L'emballage le mieux conditionné ne suffit point, paraît-il, pour faire obstacle à la propagation des microbes. Les paquets contenant ces substances seront considérés comme renfermant des matières toxiques.

Nominations diverses. — M. le Dr Frasey, médecin du bureau de bienfaisance du IXe arrondissement de Paris, vient d'être nommé, à l'unanimité des membres du comité, médecin de la Crèche de cet arrondissement.

Médecins et valets. — L'état de valet de chambre de certaines sommités médicales n'est pas à dédaigner! L'autre jour, des experts étaient appelés à évaluer un terrain rue de Vaugirard. Ils fixèrent le chiffre à 600.000 francs. Or cette propriété appartenait à l'ancien valet de chambre Ricord, et représente le montant des « passe-droits » offerts au fidèle valet, pour franchir le seuil du cabinet du praticien avant le tour de rigueur! — Pauvres praticiens, ce ne vous donne-t-il pas à réfléchir? Faites beaucoup de consultations, et vous aurez beaucoup d'argent!

Hommage aux savants. — L'empereur d'Autriche vient d'accorder à la veuve du célèbre Dr Billroth une pension annuelle et viagère de 2.000 florins. D'après la loi autrichienne, le maximum des pensions de veuves est de 600 florins. Billroth n'a pas laissé de fortune et le décret impérial rencontre une approbation unanime. Avoir la réputation de Billroth et mourir pauvre : cela ne se voit pas en France! Décidément Billroth était un véritable chirurgien.

Nécrologie. — M. le Dr Blanchon (de Blois). — M. Lecomte, pharmacien, rue Jeanne d'Arc, qui s'est suicidé ces jours-ci dans sa chambre à coucher, en absorbant du poison. La mort a été instantanée. — M. le Dr Touplain (d'Herbault (Loir-et-Cher). — Le 22 juillet, est décédé à Saint-Gilles-les-Bruxelles, M. le Dr Schœnfeld, président d'honneur de la Caisse des pensions du corps médical belge. Il était né à Hildburgghausen (Saxe), le 26 juin 1823, et avait acquis dans ce pays son dipôme de docteur en médecine en 185[illegible]. — M. le Dr Edouard Dalain (de Pau). — M. le Dr Page (d'Alençon). — M. le Dr Grovalet (de Saint-Brieuc), chirurgien en chef de l'hôpital et médecin des aliénés. — M. le Dr Rollet père (de Lyon).

DYSPEPSIES. — *Vin de Chassaing.* — Pepsine et Diastase.

ALIMENT DES ENFANTS. — Phosphatine Falières.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

VIN AROUD (viande quina et fer). — Régénérateur puissant pour guérir : **Chlorose, Anémie profonde. Menstruations douloureuses. Rachitisme. Affections scrofuleuses. Diarrhée.**

PILULES rhéo-ferrées VIGIER spéciales contre la constipation. 1 à chaque repas.

Le Gérant : A. Chevallereau

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone*.